

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE

103

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre HUTAN

né le 24 juillet 1893, à Marly-le-Roi (S.-et-O.).

Contribution à l'Étude
du
Traitement du Bubon chancrelleux
par
le Vaccin Antistreptobacillaire
de Nicolle

Président de Thèse : M. le Professeur E. JANSELME

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1927

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE

103

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre HUTAN

né le 24 juillet 1893, à Marly-le-Roi (S.-et-O.).

Contribution à l'Étude
du
Traitement du Bubon chancrelleux
par
le Vaccin Antistreptobacillaire
de Nicolle

Président de Thèse : M. le Professeur E. JANSELME

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1927

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale.....	NICOLAS.
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale.....	ROGER.
Chimie organique et chimie générale.....	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	Marcel LABBE.
Pathologie chirurgicale.....	SICARD.
Anatomie pathologique.....	LECENE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale.....	PRENANT.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale.....	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	MENETRIER.
Clinique médicale	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance....	GILBERT.
Clinique des maladies des enfants.....	BEZANCON.
Clinique des maladies mentales et des maladies	ACHARD.
de l'encéphale.....	WIDAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses.....	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale.....	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique.....	GUILLEIN.
Clinique urologique.....	TEISSIER.
Clinique d'accouchements.....	DELBET.
Clinique gynécologique.....	HARTMANN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	LEJARS.
Clinique thérapeutique médicale.....	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEGUEU.
Clinique propédeutique.....	COUVELAIRE.
Professeur sans chaire.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.
	ROUVIERE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM.
Pathologie chirurgicale.....	ABRAMI.
Pathologie médicale.....	ALGLAVE.
Pathologie chirurgicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BASSET.
Physiologie	BAUDOUIN.
Chimie biologique.....	BINET.
Histologie	BLANCHETIERE.
Pathologie médicale.....	BRANCA.
Pathologie chirurgicale.....	BRULE.
Histologie	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CHAMPY.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Hygiène	CLERC.
Anatomie pathologique.....	DEBRE.
Médecine légale.....	L. de JONG.
Obstétrique	DUVOIR.
	ECALLE.

Pathologie médicale.....	FIESSINGER.
Pathologie médicale.....	FOIX.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique.....	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale.....	RIEIERRE.
Physiologie	RICHEL Fils.
Pathologie médicale.....	TANON.
Obstétrique	VAIDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale.....	VILLARET.
Ophthalmologie.....	VELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Pathologie médicale.....	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	REITTERER.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOULET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LEPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.

Par déclaration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE, A MA MERE

A MA FEMME

A MON ONCLE

Le Docteur MARGUET

Très faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES AMIS

A MES CHEFS

A MES CAMARADES DE GUERRE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur JANSELME
Médecin Chef des Hôpitaux

A *M. le Professeur DESGREZ*
Professeur de la Faculté de Médecine
Membre de l'Institut

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
M. le Professeur DUPUY-DUTEMPS
Médecin Chef de l'Hôpital Rotschild, ophtalmologiste

M. le Docteur LHORTAT JACOB
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A M. le Docteur LENOIR
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A M. le Docteur LAPOINTE
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

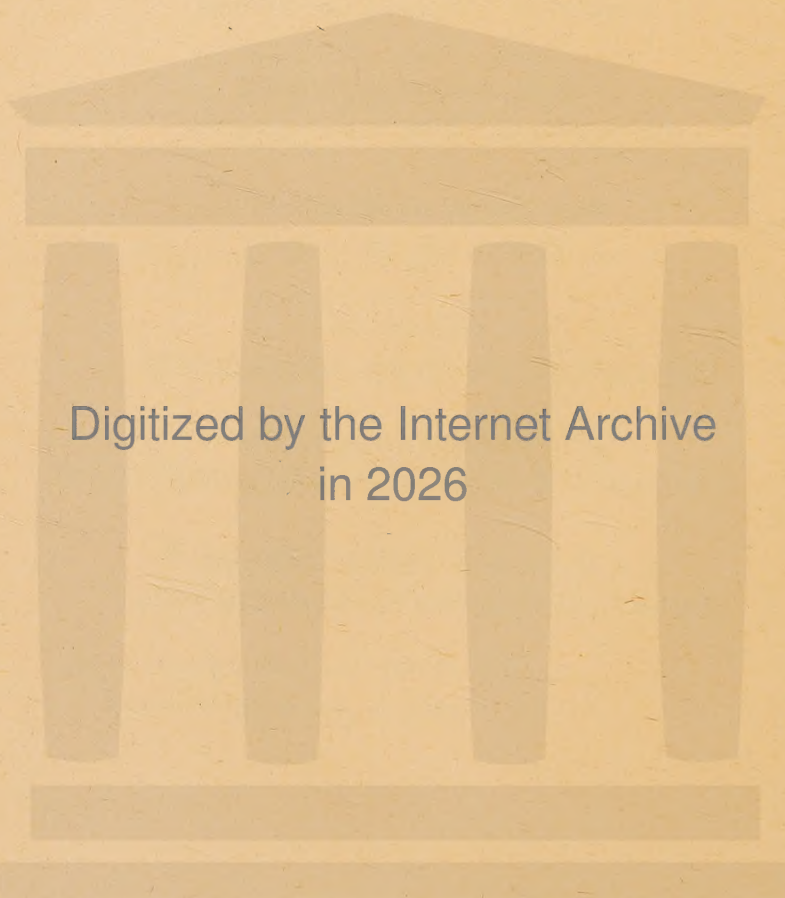
M. le Docteur de MASSARY
Médecin des Hôpitaux

M. le Docteur VEAU
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

M. le Docteur GUILLAUME
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

A la Mémoire du Docteur BARUSBI
Ancien Chirurgien Chef de l'Hôpital de Tours

*Qui m'ont toujours réservé dans
leur service le plus aimable accueil.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Comme l'indique le titre de ce travail, nous ne nous proposons pas d'envisager ici l'ensemble des procédés curatifs employés jusqu'à ce jour dans le traitement du chancre mou et de ses complications.

Une mise au point de cette thérapeutique demanderait encore de longues années d'observations.

La vaccination antistreptobacillaire a ouvert un champ d'investigations nouveau. Les possibilités qu'elle laisse entrevoir semblent des plus vastes.

Ce n'est que par la constatation de nombreux faits cliniques, soigneusement notés, qu'il sera possible de s'élever de l'observation banale aux vues théoriques, et aux conceptions générales. A l'heure actuelle, nous n'en sommes encore qu'aux premiers essais.

En rédigeant ce modeste travail, nous n'avons été mû que par le désir de contribuer dans la mesure de nos moyens à l'édification de l'œuvre commune.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Docteur LORTAT-JACOB, qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service, et M. le Docteur LEGRAIN, qui nous a dirigé dans la rédaction de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

ANCIENNE CONCEPTION :

*Le chancre mou considéré comme infection
purement locale et traité comme tel*

Jusqu'aux travaux de REENSTIERNA et de Charles NICOLLE, le chancre mou était considéré comme une affection purement locale.

Pour justifier cette conception, on se basait sur le fait qu'il était incapable de créer l'immunité ; au contraire, il était possible de le reproduire indéfiniment par réinoculations successives.

Dans ces conditions, il eut été inutile de chercher à agir sur l'état humoral du sujet porteur de lésions chancrelleuses.

On visait donc simplement, par divers moyens, à modifier les lésions locales.

Pour cela, divers procédés thérapeutiques étaient mis en œuvre.

A la phase initiale, le bubon chancrelleux était traité par des méthodes purement hygiéniques consistant en : repos absolu, applications de compresses sur la région infiltrée, application d'eau blanche, d'eau alcoolisée, de pommade à l'ichtyol, au collargol, parfois à l'extrait de

belladone, lorsque des phénomènes douloureux étaient par trop accentués.

Sous l'influence de cette thérapeutique, on obtenait d'ailleurs assez souvent la résolution du bubon.

Lorsque, au contraire, les lésions suppuratives étaient plus développées, on était amené à pratiquer des injections locales au niveau du foyer de suppuration.

Successivement on a employé : l'éther iodoformé, les injections de sublimé, de benzoate de mercure, dans certains cas, même, on a pu pratiquer l'extirpation chirurgicale du bubon : c'était alors une opération délicate dont les résultats ont été, dans l'ensemble, moins favorables que ceux fournis par les divers traitements médicaux.

De tous ces procédés, celui qui persiste à l'heure actuelle, et qui nous semble le plus efficace, est *l'injection de vaseline iodoformée au niveau du foyer ganglionnaire, après ponction du bubon.*

C'est la classique méthode de FONTAN :

On pratique la ponction à l'aide de la pointe du bistouri ou à l'aide d'une seringue munie d'une grosse aiguille ; on retire la plus grande quantité possible de pus par aspiration. Puis, après expulsion du pus ganglionnaire on injecte directement de la vaseline iodoformée au 1/20, stérilisée et fluidifiée par passage au bain-marie.

Il faut recouvrir ensuite d'un vaste pansement humide aseptique qu'on laisse en place pendant 24 heures, le lendemain on exprime la poche.

Le plus souvent, grâce à cette thérapeutique, on constate que, au bout de deux ou trois jours, sous l'action de pansements humides renouvelés, les phénomènes in-

flammatoires s'atténuent de plus en plus, la poche purulente n'a pas tendance à se reformer, et la guérison est obtenue en 10 jours environ.

Il est exceptionnel que l'on ait à renouveler deux ou même trois fois l'injection.

Nous-même avons été amené à employer cette thérapeutique dans des cas de bubons qui, traités trop tardivement par les injections intraveineuses de vaccin anti-streptobacillaire, ne s'étaient pas résorbés entièrement sous l'action de ce traitement.

Les progrès réalisés par la vaccinothérapie locale, le développement considérable qu'a pris cette méthode thérapeutique, ont amené divers cliniciens à essayer l'action locale des vaccins sur le chancre mou ou sur le bubon.

C'est HABABOU SALA qui a proposé la *vaccination locale* à l'aide d'injections intraganglionnaires de filtrat de bacilles de DUCREY cultivés sur gélose ou sur bouillon additionné de milieu à l'œuf de BESREDKA.

Ce filtrat-vaccin présenté en tubes de 10 centimètres cubes, était injecté chaque jour au niveau des ganglions infectés, après évacuation du pus par ponction.

On complétait ce traitement par des pansements locaux au filtrat-vaccin.

Les résultats obtenus ont été, en général assez heureux, et, sur sept cas rapportés par MM. LORTAT-JACOB et LE RASLE, quatre ont abouti à une guérison complète et rapide ; trois au contraire ont évolué, malgré le traitement, vers la fistulisation.

Restent à envisager les *cas de bubon chronique et ulcéré*, s'accompagnant de décollement, de trajet fistuleux et de troubles trophiques considérables au niveau de

la peau qui s'amincit et s'enroule autour de la plaie au lieu de s'accoler à elle.

Le traitement comportait alors l'incision des décollements et des trajets fistuleux, des thermocautérisations locales et même des extirpations chirurgicales assez étendues.

Il faut reconnaître que, dans les cas chroniques, ces divers procédés thérapeutiques n'ont jamais donné de résultats admirables, quel que soit le mode d'action mis en œuvre. Ces lésions anciennes sont toujours d'une ténacité désespérante.

CHAPITRE II

CONCEPTION RÉCENTE

*Le chancre mou, compliqué ou non de bubon,
s'accompagne de troubles humoraux.*

*Il est donc possible d'obtenir des résultats heureux
par une thérapeutique générale.*

L'étude des résultats obtenus par l'intra-dermo-réaction chez les malades porteurs de chancre mou, compliqué ou non de bubon, a amené les auteurs récents à concevoir que l'affection chancrelleuse s'accompagnait de troubles humoraux qui aboutissent, non pas à un état d'immunité acquis, mais bien au contraire à un état de réceptivité vis-à-vis des produits chancrelleux.

En 1913, TETSUTA ITO étudia les réactions de malades porteurs de chancres mous à qui il pratiquait une intra-dermo-réaction avec des bacilles de DUCREY tués et dilués dans du sérum physiologique phéniqué et chauffé.

Il constata que seuls les sujets porteurs de chancre mou présentaient une réaction érythémateuse nette à l'endroit où était faite l'injection intra-dermique.

En 1923, REENSTIERNA, reprenant les travaux de TETSUTA ITO, pratiqua l'intra-dermo-réaction dans 449 cas.

Il employait des émulsions de bacilles non chauffées,

diluées dans du sérum physiologique et additionnées d'acide phénique à 5 pour 1000.

Il considérait comme réaction positive la présence d'une zone rouge sombre surélevée et papuleuse, parfois parsemée de petites vésicules à contenu stérile, et entourée d'une large aréole d'un rouge plus clair.

Etait considérée comme négative, au contraire, une simple papule rouge, sans aréole inflammatoire, d'origine purement traumatique, apparaissant peu de temps après l'injection intradermique.

Il injecta 142 malades porteurs de chancres compliqués de bubons.

La réaction se montra positive dans tous les cas, sauf dans 8 qui étaient d'ailleurs d'un diagnostic douteux.

Dans 31 cas, l'injection fut faite sur des porteurs de chancre mou non compliqué de bubon. La réaction se montra positive 28 fois.

Dans 27 cas, la réaction fut pratiquée sur des malades qui avaient eu, plusieurs années auparavant, des chancres mous. Elle fut positive 23 fois.

Au contraire, chez 249 sujets témoins, la réaction se montra négative dans tous les cas, sauf 9 fois, et encore s'agissait-il, dans quatre cas, déclare l'auteur, de filles publiques qui, sans doute, avaient été porteuses de chancres mous passés inaperçus.

Chez 30 sujets indemnes de chancre mou, elle se montra 30 fois négative.

Chez 51 sujets porteurs de chancres mous, elle se montra 48 fois positive.

RAMERY, GOBERT et JANIN obtinrent des résultats analogues.

MILLIAN et RIVALIER étudièrent soigneusement 49 cas.

Dans 10 cas de chancre mou avec auto-inoculation positive, la réaction se montra hyperpositive. Dans 8 cas positive et dans 2 cas modérément positive.

Chez 18 sujets porteurs de chancre mou compliqué de bubon, la réaction se montra 10 fois hyperpositive, 5 fois modérément positive ; 3 fois positive atténuée, et jamais négative.

Chez 2 sujets guéris de chancre mou, elle fut les deux fois positive.

Chez 6 sujets porteurs d'adénopathie inguinale de nature indéterminée, elle se montra deux fois positive et cinq fois négative.

Enfin, chez 13 sujets présentant des affections diverses non chancrelleuses, ils ne la trouvèrent positive qu'une seule fois et 12 fois négative.

On peut donc admettre avec ces auteurs que l'intra-dermo-réaction est une réaction nettement spécifique. Elle apparaît de façon précoce, quelques jours après le chancre. Elle est d'autant plus intense que les lésions sont plus anciennes ; elle est durable ; elle se montre positive jusqu'à 10 ans après la disparition du chancre.

Il résulte donc de l'étude de l'intra-dermo-réaction au bacille de DUCREY que, conformément aux conclusions de RIVALIER, « le chancre mou doit être considéré « comme une affection locale avec retentissement sur « l'état général, et amenant des réactions humorales « qui se font dans le sens de la sensibilisation » ; c'est ce qui explique les récurrences faciles de l'affection, la possibilité de chancrellisation des bubons ouverts, et la réinoculabilité des chancres.

On est amené à conclure qu'en agissant sur l'état général, il est possible de modifier le terrain, et de parvenir ainsi à enrayer et même à supprimer les infections chancrelleuses.

Divers procédés ont été mis en œuvre pour amener ces modifications générales de l'état humoral du sujet.

Nous avons surtout en vue ici, l'emploi des vaccins antistreptobacillaires employés en injections intraveineuses à doses croissantes. Cependant, ce procédé n'est pas le seul, et il importe de signaler d'autres méthodes qui ont été employées avec succès.

1^{re} MÉTHODE : THÉRAPEUTIQUE PAR LE SHOCK

a) *Autohemotherapie* :

Nous ne faisons que signaler cette méthode de traitement préconisée dès 1723 par DU PASQUIER, GADE, NICOLAS et LEBŒUF.

Elle a donné des résultats assez inégaux. Son action sur le chancre semble nulle. Elle agit au contraire sur les bubons en voie de formation, mais n'entraîne que rarement la résolution complète. Très souvent, son action se traduit par une diminution des phénomènes inflammatoires avec sédations rapide de la douleur locale.

Elle a, par ailleurs, l'avantage de ne pas s'accompagner de troubles généraux graves, et de ne pas obliger le malade à suspendre son travail pendant la période de traitement.

b) *Injectons de lait.*

Employée par MENDEL, de Strasbourg ; en Allema-

gne, par BENRDT et KANSENSEN ; en Italie, par LORENZO MARRINI et CATTANEO ; à Lyon, par BONNET, JUVIN et SAUVEZ, cette méthode a donné des résultats assez comparables à ceux fournis par l'autohémothérapie.

Les bubons empâtés, enflammés, fluctuents, ont assez souvent cédé sous l'action des injections de lait.

Ceux au contraire, qui étaient en état de ramollissement, ont amené, dans presque tous les cas, à pratiquer une ponction ; quant à l'action sur le chancre lui-même, elle a été à peu près inexistante.

c) Injections de vaccin non spécifique :

On a employé le vaccin de DELBET qui, entre les mains de PONTOIZEAU, de GOUGEROT et de PAUL BLUM, a donné d'assez bons résultats, mais, dans tous les cas, s'est accompagné de phénomènes de shock notables.

Le vaccin antityphoïdique employé à Lyon par NICOLAS et LACASSAGNE, a donné des résultats qui semblent avoir été particulièrement heureux, et sont comparables à ceux obtenus avec le vaccin spécifique de NICOLLE.

2^e MÉTHODE : SÉROTHÉRAPIE ANTISTREPTOBACILLAIRE

La sérothérapie antistreptobacillaire a été appliquée par REENSTIERN. Il immunisa des bœufs par injections intraveineuses répétées de streptobacilles tués ou vivants.

Le sérum recueilli était employé en injections intramusculaires à doses de 10 centimètres cubes par injection.

En général, deux à trois injections suffisaient pour amener la guérison des bubons chancrelleux.

Au contraire, l'action sur le chancre mou était inconstante, et la guérison n'était obtenue que dans une minorité de cas.

Ces injections de sérum avaient le tort de s'accompagner de phénomènes de shock considérables.

3° MÉTHODE : INJECTIONS D'ENDOTOXINES CHANCRELLEUSES

Cette méthode est encore à l'heure actuelle à l'étude. Elle a été préconisée par MM. REILLY et RIVALIER, et semble avoir donné les résultats les plus heureux tant dans le traitement du bubon chancrelleux que dans le traitement du chancre. Elle serait même, peut-être, la plus active contre le chancre mou.

Nous n'avons pas une pratique suffisante de cette méthode pour pouvoir en affirmer et en préciser l'efficacité.

4° MÉTHODE : INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE VACCIN ANTISTREPTOBACILLAIRE DE NICOLLE

C'est celle que nous avons employée ; ce sont ses résultats que nous allons maintenant exposer.

CHAPITRE III

LE VACCIN DE NICOLLE

Dans les archives de l'Institut Pasteur de Tunis, M. Charles NICOLLE indique avec précision la technique qu'il a employée pour la préparation du vaccin antistrepto-bacillaire.

Cette méthode est celle même qui est employée à l'heure actuelle dans la préparation industrielle du vaccin. C'est ce vaccin préparé industriellement que nous avons essayé dans les cas que nous avons été amené à étudier.

1° *Isolement* :

On prélève le streptobacille de DUCREY au niveau d'une chancrelle expérimentale mise à l'abri de toute infection secondaire.

L'ensemencement est pratiqué au deuxième jour d'évolution.

On ensemence sur milieu nutritif composé de gélose additionnée de 1/3 de son poids de sang défibriné de lapin.

Le milieu est placé dans des tubes inclinés à grosse section. On ensemence les tubes et l'on porte à l'étuve. Au bout de 24 heures, la culture s'est développée.

On constate sous le microscope la présence des longues chaînes caractéristiques du bacille de DUCREY.

Il est nécessaire de pratiquer plusieurs repiquages pour purifier les cultures obtenues.

On a cherché à modifier le milieu pour arriver à conserver plus longtemps les cultures ainsi obtenues.

La meilleure formule semble être :

Sang défibriné de lapin 20 cm³. Gélose molle 100 cm³.

Grâce à ce milieu, NICOLLE a réussi à conserver pendant plus d'un mois les cultures de bacilles de DUCREY, alors qu'à l'origine on était obligé de les repiquer tous les trois jours environ.

Les différents passages qu'on est amené à faire subir aux souches microbiennes ont l'inconvénient d'en atténuer progressivement la virulence ; il est donc nécessaire de les rajeunir périodiquement.

2° Préparation des émulsions microbiennes :

On fait une émulsion microbienne dans l'eau physiologique stérile, en ayant soin pour la rendre stable, et non granuleuse, de pratiquer une série de centrifugations et de broyages.

Après centrifugation, le liquide de surface est jeté. On recueille le culot qu'on additionne d'eau physiologique, et l'on agite avec des billes de verre pour dissocier les grains et rendre la solution homogène.

Il est procédé plusieurs fois à cette opération pour obtenir une émulsion que l'on peut considérer comme complètement stable.

Reste à en connaître la concentration microbienne.

Pour cela, à l'émulsion normale, on ajoute de l'eau physiologique jusqu'à obtenir un liquide ayant « l'opacité de l'émulsion de bacilles typhiques utilisée dans la pratique des sérodiagnostics, et qui correspond à

« un titre de 550 millions de bacilles typhiques par
« centimètre cube ».

On ajoute 2 % d'acide phénique pur pour stériliser
les émulsions ainsi obtenues.

Il est utile de les conserver ensuite à la glacière ~~et~~
dans l'obscurité.

Ce vaccin est présenté en ampoules qui correspondent
successivement à des doses de 225 millions, 335 millions,
450 millions de corps microbiens.

Ces ampoules sont de 1 cm³, 1 cm³ 1/2 et 2 cm³,
chaque centimètre cube correspondant à 225 millions
de corps microbiens.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS OBTENUS

Nous avons traité 21 malades par le vaccin de NICOLLE par une, deux ou trois injections intraveineuses, à doses progressivement croissantes de 225 millions, 335 millions et 450 millions de trois à cinq jours d'intervalle.

Les résultats ont été les suivants :

1° *Sur le bubon.*

Sur 21 cas traités, nous n'avons eu que 2 échecs, Il s'agissait de malades hospitalisés et tous, sauf deux sont sortis de Saint-Louis avec, au maximum, 15 à 18 jours d'hospitalisation. Dès le premier jour de l'injection, on note une diminution extrêmement rapide de la douleur, une régression de l'empâtement. En somme, une action très nette et remarquable sur les phénomènes inflammatoires.

Quant au pus retiré par ponctions, il prend rapidement un aspect séreux et le traitement détermine une résorption plus ou moins rapide. Il y a régression de l'adénite qui bientôt n'est plus constituée que par un module induré.

Tels sont, dans l'ensemble, les résultats obtenus ; ils varient surtout avec le degré d'évolution qu'a atteint le bubon quand on pratique la première injection. Les

meilleurs résultats ont été incontestablement acquis avec des bubons qui en étaient encore à la phase d'empatement diffus. Dans ce cas, la résolution complète a été souvent observée.

Lorsque, au contraire, le pus était déjà partiellement collecté, la vaccination agissait surtout sur les phénomènes inflammatoires périganglionnaires, dont elle amenait une résolution rapide; la poche purulente, au contraire se résorbait rarement en totalité, il se produisait seulement un certain affaissement de la masse fluctuante qui était facilement évacuée par ponction.

Quant aux vieux bubons fistulisés, ils ont été particulièrement rebelles au traitement; sans doute les infections secondaires amènent des modifications locales telles qu'une thérapeutique générale, même très active est toujours vouée à un échec relatif. Dans tous ces cas, en effet, nous avons été obligé d'adjoindre au traitement par le vaccin un traitement local (cautérisation, air chaud, etc...)

2° *Sur les chancres.*

Les résultats de la vaccination sur les chancres ont été beaucoup moins heureux. Sur 15 cas de chancres traités par la vaccinothérapie intraveineuse, nous avons observé 10 échecs et 5 guérisons dont une complète.

D'ailleurs, cette guérison lorsqu'elle survient est assez lente à se produire.

Il faut donc nettement opposer les résultats remarquables obtenus par le vaccin sur les bubons, aux résultats médiocres ou même nuls obtenus sur les chancres.

3° *Sur les chancres d'inoculation.*

D'ailleurs, nous avons eu la démonstration évidente de

l'action inefficace du vaccin de NICOLLE sur les chancrelles, en traitant les chancres d'autoinoculation par le même procédé, nous avons obtenu ainsi des résultats médiocres ou nuls.

4° *Inconvénients de la méthode.*

Les seuls inconvénients de cette méthode sont les *réactions très importantes* qui suivent les injections.

Chez certains de nos malades, la température s'est élevée entre 40 et 41° avec des *frissons* intenses, et une sensation générale extrêmement pénible, accompagnée souvent d'état nauséux. La deuxième injection nous a paru déclancher souvent une réaction aussi violente, mais cependant plus brève.

Il faut noter d'ailleurs que les résultats les meilleurs n'ont pas toujours été ceux dans lesquels la température atteignît des chiffres extrêmes. Il semble au contraire, que les réactions thermiques *prolongées* se soient montrées particulièrement favorables.

CHAPITRE V

L'ACTION DU VACCIN DE NICOLLE EST-ELLE NETTEMENT SPÉCIFIQUE ?

Il est difficile de donner à cette question une réponse catégorique.

Il faut en effet insister sur le fait que les injections intraveineuses de ce vaccin déterminent généralement des réactions extrêmement intenses, surtout lors de la première injection.

Les réactions thermiques que nous avons constatées chez nos malades sont assez comparables à celles qui ont été notées par le Docteur SIMON-CANAL, dans le service du Docteur HUDELO, à l'hôpital Saint-Louis.

L'intensité de la réaction thermique, la brusquerie de son début, les phénomènes de pâleur, la tendance aux lipothymies, qui accompagnent parfois l'injection, les tremblements, les sueurs, la sensation de froid, tous ces accidents correspondent bien aux phénomènes banaux de shock bien connus à l'heure actuelle.

Faut-il, par ailleurs, refuser au vaccin antistreptococcique toute action spécifique, et déclarer qu'il n'agit que par le seul fait que l'on introduit dans l'organisme, par voie intraveineuse, des substances albuminoïdes étrangères ?

Il est certain que l'action du vaccin de NICOLLE paraît

nettement supérieure aux résultats obtenus par toutes les autres vaccinations non spécifiques, et ne semble être égalée que par les résultats obtenus par NICOLAS et LA-CASSAGNE avec le vaccin antityphoparatyphique T.A.B. en injections intraveineuses.

La supériorité de ces résultats supérieurs ne peut s'expliquer, semble-t-il, que par l'intervention d'un élément nettement spécifique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bubon suppuré ayant nécessité la ponction après vaccination

Désiré S..., 22 ans. — Entré à l'Hôpital Saint-Louis le 22 février 1926.

Présente, à son entrée, un chancre mou compliqué de bubon avec périadénite, masse ganglionnaire fixée; la peau est rouge, amincie, la masse est très fluctuante.

Le chancre apparaît au niveau du sillon balano-préputial près du frein. Dans l'aîne droite présence d'une pléiade ganglionnaire sans périadénite.

18 février. — Examen ultra-microscopique négatif.

20 février. — Injection intraveineuse de vaccin (225 millions de corps microbiens).

Réaction thermique : température 39°5 quelques heures après l'injection.

21 février. — Température à 9 heures du matin : 39°4; le soir : 37°2.

Amélioration au niveau du chancre. On constate moins de suintement. La coloration est modifiée. Le bubon, au contraire, ne présente pas encore d'amélioration notable, même fluctuation ; cependant léger affaissement de la tumeur ganglionnaire. La douleur est moins marquée.

23 février. — Injection de 335 millions de corps microbiens. Subite élévation thermique à 40°4.

24 février. — Température le matin : 37°.

25 février. — Modification au niveau du chancre. La peau au niveau du bubon est moins rouge, mais la tuméfaction reste fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Troisième injection(de 450 millions de corps microbiens). Elévation thermique à 40°6.

26 février. — Chute thermique à 36°8.

Amélioration considérable. Les phénomènes inflammatoires au-

tour du ganglion ont rétrocedé; une zone très nettement fluctuante et bien limitée persiste.

On pratique alors une ponction capillaire qui retire 5 cm³ environ de pus, brun chocolat, huileux.

Après la ponction, on perçoit une dépression limitée par un anneau.

27 février. — Nouvelle ponction à la seringue. On retire 10 cm³ de liquide chocolat. Affaissement de la poche.

2 mars. — Sortie du malade. Résorption considérable du bubon. Une zone légèrement indurée persiste.

OBSERVATION II

*Petit chancre sans bubon, traité par deux injections de vaccin.
Peu d'amélioration.*

Germain G..., 28 ans. — Entré à l'Hôpital Saint-Louis, le 30 avril 1926.

Présente à son entrée plusieurs chancres nains non indurés douloureux, à bords décollés, à fond sale et régulier, au niveau du sillon balano-préputial, apparus depuis dix jours. Pas de ganglions.

1^{er} mai. — Première injection de vaccin. Elévation thermique à 38°4.

2 mai. — Température le matin : 38° ; le soir : 37°8.

3 mai. — Nouvelle injection de vaccin. Elévation thermique à 39°7.

5 mai. — Chute thermique à 37°.

6 mai. — Le malade sort de l'hôpital. Pas de modifications dans la taille des chancres, mais ils s'exhaussent, prennent un aspect beaucoup plus propre, seul un petit chancre du frein ne se modifie pas et reste toujours très douloureux.

OBSERVATION III

*Chancre compliqué de bubon,
guérison rapide du bubon après une injection.*

J.-B..., 27 ans. — Entré à l'Hôpital Saint-Louis le 24 avril 1926.

Présente un bubon gros comme un œuf de poule au niveau du pli de laine, et un chancre du frein.

27 avril. — Injection de 225 millions de corps microbiens. Réaction thermique à 38°2.

28 avril. — Température le matin à 37°4; le soir, 37°.

Sous l'influence du traitement, on constate la guérison complète du bubon et une légère amélioration du chancre.

OBSERVATION IV

Double bubon guéri après trois injections de vaccin

François K..., 19 ans. — Entré le 5 février 1926 à l'Hôpital Saint-Louis.

Présente deux bubons fluctuants de la grosseur d'un œuf de pigeon sans modification de la peau.

17 février. — Réaction de Wassermann négative.

Première injection de 225 millions de corps microbiens. Réaction thermique à 39°.

20 février. — Température 38°6. La tuméfaction a diminué. On a l'impression qu'il y a moins de liquide.

Nouvelle injection de 35 millions de corps microbiens. élévation thermique à 39°.

22 février. — Chute thermique à 37°3.

Nouvelle injection de 450 millions de corps microbiens. élévation thermique à 40°2.

23 février. — Chute de température à 37°.

24 février. — Guérison complète.

OBSERVATION V

Chancre mixte compliqué de bubon de l'aîne gauche ayant nécessité la ponction du bubon. — Disparition des phénomènes inflammatoires sous l'influence du vaccin antistreptobacillaire. — Début de chancrellisation de l'orifice de ponction. — Guérison.

Charles B..., 29 ans. — Entré le 21 mai 1926 à l'Hôpital Saint-Louis.

Présente à son entrée une ulcération au niveau du sillon balano-préputial apparue, au dire du malade, 1 mois 1/2 auparavant.

On constate que ce chancre en feuillets de livre présente sur le versant préputial un aspect granuleux à fond jaunâtre, à bords décollés, légèrement encerclé d'un liseré.

En continuité avec celui-ci, sous le versant préputial une ulcération à fond régulier, plutôt lisse, à bords non décollés. Induration profonde et diffuse de la lésion.

Adénopathie au niveau de l'aîne gauche discrète, et, au contraire, très marquée à droite, avec, dans le nombre un ganglion particulièrement douloureux.

21 mai. — Réaction de Wassermann hyperpositive.

Un traitement antisyphilitique est immédiatement institué.

Dans l'intervalle, des injections intraveineuses de novarsénobenzol, on pratique trois injections antistreptobacillaires.

2 juin. — 1^{re} injection, réaction thermique à 39°.

7 juin. — 2^e injection, température 40°2.

14 juin. — 3^e injection, température 40°2.

Sous l'influence du traitement, les lésions inflammatoires siégeant au niveau du pli de l'aîne gauche, et qui avaient subi dans les jours précédents une aggravation considérable, régressent à la suite des 3 injections.

15 juin. — Les bubons sont cliniquement guéris. Cependant, on avait été amené à pratiquer une ponction de ces bubons, et on constate que l'orifice de ponction à la seringue s'est considérablement élargi; que les bords décollés, jaunâtres, avec un liseré rouge, présentent un début de chancrrellisation secondaire de l'orifice de ponction.

Ce malade reste dans le service jusqu'au 1^{er} juillet.

1^{er} juillet. — Le malade sort de l'hôpital, complètement guéri de son chancre, de son bubon et de la chancrrellisation secondaire de l'orifice, et après avoir subi une série d'injections complète de novarsénobenzol.

OBSERVATION VI

Chancre compliqué de bubon droit. — Guérison.

D. J..., 22 ans. — Entré à l'Hôpital Saint-Louis le 26 février 1926.

Présente 2 chancres indolores au niveau du prépuce, à bords irréguliers, à fond jaunâtre, suintant, développés quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Au niveau de l'aîne droite, un bubon s'est ouvert huit jours avant son entrée. Pas de ganglions au niveau de l'aîne gauche.

Réaction de Wassermann négative.

3 mars. — 1^{re} injection de 225 millions de corps microbiens. Élévation thermique à 40°2.

4 mars. — Température le matin : 39°6 et le soir : 39°6.

5 mars. — Grosse diminution de la tumeur ganglionnaire. Température 38°2.

6 mars. — 2^e injection (335 millions). Température 40°2.

7 mars. — Chute brusque de la température à 37°.

10 mars. — Nouvelle injection (450 millions). Température 40°8.

11 mars. — Chute thermique à 37°2.

12 mars. — Le malade sort de l'hôpital. Disparition des phénomènes inflammatoires autour de la fistule; légère amélioration du chancre.

OBSERVATION VII

*Chancre et bubon entièrement cicatrisés
après deux injections de vaccin.*

François B..., 26 ans. — Entré, le 29 janvier 1926, à l'Hôpital Saint-Louis.

Présente à son entrée un gros chancre mou du fourreau, remontant à un mois. Bubon ouvert spontanément depuis quinze jours.

1^{er} février. — 1^{re} injaction de 225 millions de corps microbiens. Élévation thermique à 39°7.

2 février. — Température : 38°2.

3 février. — Température : 38°.

4 février. — Nouvelle injection (335 millions). Température 38°2.

5 février. — Température : 37°2.

6 février. — Le malade sort complètement guéri avec cicatrisation.

OBSERVATION VIII

Chancre compliqué de bubon. — Amélioration.

S. D..., 20 ans. — Entré, le 13 mai 1926, à l'Hôpital Saint-Louis.

Traité par deux injections de vaccin.

Réaction thermique à 40° après la première injection, et 40°6 après la seconde injection.

Le malade sort six jours après son entrée, amélioré mais non guéri.

OBSERVATION IX

Bubon de l'aîne droite et gauche. Amélioration puis récidive.

Alexis A..., 47 ans. — Entré, le 26 février 1926, à l'Hôpital Saint-Louis.

Présente à son entrée une tumeur oblongue inguinocrurale, longue de 6 centimètres, large de 4, rouge; la peau amincie et fluctuante.

De plus, il présente également une hernie inguinoscrotale qui soulève la tumeur et la fait paraître plus volumineuse. Tumeur indolente, sauf à la marche.

Au niveau de la verge, on constate un chancre du sillon balano-préputial sans induration à la base, rouge, papuleux, de la largeur d'une pièce de 1 franc, douloureux.

Ce chancre avait été précédé d'un autre chancre qui lui, a disparu sans laisser de traces.

A gauche, pas d'adénopathie.

2 mars. — 1^{re} injection de vaccin. Réaction thermique extrêmement intense à 41° avec frissons, tremblements, transpiration la nuit (Il est nécessaire de changer trois fois la chemise du malade).

3 mars. — Température le matin : 40°8; le soir : 38°6.

4 mars. — Température 37°4 le matin. On constate ce jour que, en 48 heures, le bubon a diminué de moitié de son volume; il est devenu complètement indolore à la pression.

6 mars. — Nouvelle injection. Elévation thermique à 40°.

7 mars. — Chute rapide de la température à 37°.

10 mars. — Nouvelle injection. Elévation thermique à 40°.

Pas de modification locale à la suite de ces deux injections.

Entre la 1^{re} et la 2^e se développe un érythème polymorphe des mains; immédiatement à la suite de la 1^{re} piqure s'était déjà développé une bulle au niveau du pli inguinal droit.

22 mars. — Pas d'amélioration du bubon qui, tend à se fistuliser. Le chancre n'est pas encore arrivé à complète cicatrisation.

1^{er} mai. — Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION X

*Chancre compliqué de bubon inguinal. — Amélioration.
Nécessité de pratiquer une ponction après traitement.*

Jean B..., 31 ans. — Entré dans le service le 30 avril 1926.

Il présente à son entrée deux chancres mous du sillon balanopréputial, développés depuis quatorze jours ; un gros bubon inguinal droit, du volume d'un œuf de poule et suppuré.

30 avril. — Ponction.

1^{er} mai. — 1^{re} injection de vaccin. Elévation thermique à 39°4.

2 mai. — Température 37°6.

3 mai. — Température 37°. Le bubon a complètement perdu ses caractères inflammatoires ; il persiste une masse du volume d'une grosse noix fluctuante, absolument indolore ; le chancre n'est pas modifié.

4 mai. — 2^e injection de vaccin. Elévation thermique à 40°2.

5 mai. — Température 36°9. Le bubon est remplacé par une masse fluctuante qui s'est peu résorbée ; les chancres ne se sont pas modifiés.

6 mai. — La masse est de plus en plus fluctuante. Les chancres ont un aspect moins enflammé.

10 mai. — 3^e injection de vaccin. Température 38°6.

11 mai. — La masse est toujours fluctuante ; il est nécessaire de pratiquer une ponction.

12 mai. — 4^e injection de vaccin. Elévation thermique à 39°6.

17 mai. — Le malade sort du service. Pas de chancrellisation secondaire de la fistule ; disparition des phénomènes inflammatoires autour du bubon ; peu de modifications des chancres.

OBSERVATION XI

*Bubon ancien incisé avec suppuration persistante.
Guérison complète après deux injections de vaccin.*

H. R. Ben Mohamed, 37 ans. — Entré dans le service, le 6 février, à l'Hôpital Saint-Louis.

Présente à son entrée un énorme bubon droit qui a été incisé le 30 janvier. Une grosse suppuration persiste.

7 février. — 1^{re} injection de vaccin (225 millions). Elévation thermique à 39°6.

11 février. — Température le matin : 39°2; le soir : 37°6.

13 février. — 2^e injection (335 millions). Elévation thermique 37°6.

15 février. — Le malade sort du service.

Après la première injection, on a constaté une grosse amélioration des lésions.

Après la deuxième, il y a eu arrêt complet de la suppuration et cicatrisation le surlendemain.

18 mars. — Le malade est revenu dans le service avec un deuxième bubon au niveau de l'aîne gauche.

OBSERVATION XII

Bubon guéri par action combinée du vaccin et de la ponction suivie d'injection modificative.

Henri D..., 18 ans. — Entré dans le service le 26 avril 1926.

Présente à son entrée un gros bubon fluctuant, et un chancre presque complètement guéri.

27 avril. — Ponction du bubon et injection de 225 millions de corps microbiens.

A la suite de cette injection, la température se maintient en plateau pendant deux jours à 39°4; la chute thermique n'est complète que le 1^{er} mai.

1^{er} mai. — Nouvelle ponction du bubon. Injection de vaseline iodoformée.

4 mai. — Nouvelle injection de vaccin. Elévation thermique à 37°8.

10 mai. — Le malade sort du service complètement guéri.

OBSERVATION XIII

Chancre compliqué de bubon. — Suppuration du bubon. Légère amélioration du chancre.

Félix D., 18 ans. — Entré dans le service le 23 avril 1926.

Présente à son entrée un chancre datant de trois semaines et compliqué de balanite, un chancre nain siégeant sur le gland en arrière du filet, à fond jaunâtre, à bords épais, un peu sensible, et un gros bubon au niveau de l'aîne droite; quelques ganglions à gauche.

Sous le prépuce, on trouve un autre chancre douloureux à fond propre.

Réaction de Wassermann positive.

28 avril. — 2^e injection de vaccin. Température 39°4.

26 avril. — 1^{re} injection de vaccin. Température 39°2.

1^{er} mars. — Le bubon inguinal évolue vers la suppuration sans avoir été considérablement modifié par le traitement vaccinothérapique.

Il persiste au niveau du chancre une petite ulcération propre et presque épidermique.

4 mars. — Le chancre est complètement cicatrisé.

5 mars. — On commence un traitement par le novarsénobenzol.

OBSERVATION XIV

Chancre avec adénopathie guéri à la suite de quatre injections de vaccin.

Charles B..., 46 ans. — Entré dans le service le 26 janvier 1926. Présente un chancre volumineux au niveau du prépuce et une couronne de chancres au niveau du sillon balano-préputial.

29 janvier. — 1^{re} injection de vaccin (225 millions de corps microbiens). Elévation thermique à 38°4.

1^{er} février. — Injection de 335 millions. Elévation thermique 38°8.

Examen à l'ultra-microscope négatif.

4 février. — Injection de 450 millions. Elévation thermique à 38° 2.

5 février. — Cicatrisation du chancre antérieur qui est presque antérieurement disparu. Diminution de l'adénopathie droite.

7 février. — 4^e injection de vaccin (550 millions). Elévation thermique à 40°.

10 février. — Le malade sort de l'hôpital.

20 février. — Le malade revient se faire examiner dans le service, les chancres ont complètement disparu; il n'y a plus d'adénopathie; la cicatrisation a été obtenue, aux dires du malade depuis le 13 février.

OBSERVATION XV

*Grosse modification d'un bubon à la suite d'échec
du traitement par injection modificatrice.*

Georges L., 38 ans. — Entré dans le service le 2 février 1926. Aurait présenté un chancre mou du fourreau disparu depuis le 1^{er} février.

A l'examen, on trouve un bubon droit ayant débuté le 4 ou 5 février, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Incisé le 13 février et traité par injections de vaseline iodoformée.

Depuis ce traitement écoulement de pus persistant.

17 février. — 1^{re} injection de vaccin (225 millions). Elévation thermique à 39°.

18 février. — Amélioration notable; l'écoulement est moins abondant et plus séreux.

19 février. — Nouvelle injection de 335 millions. Elévation thermique à 39°6.

Grosse amélioration; la cicatrice se ferme; il n'y a plus d'écoulement de pus.

22 février. — 3^e injection de 450 millions. Elévation thermique à 39°4.

23 février. — Le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XVI

*Chancre compliqué d'infiltration ganglionnaire bilatérale
Guérison de l'adénopathie. — Pas d'action sur le chancre.*

Z. S., 34 ans. — Entré dans le service le 9 avril 1926.

Présente à son entrée un chancre douloureux légèrement induré, développé au niveau du frein, et datant de 24 jours.

Les ganglions sont développés depuis 5 jours au niveau des plis de l'aîne droit et gauche, plus marqués à droite et plus douloureux de ce côté. Pas de roséole. Pas de ganglions épitrochléens.

Réaction de Wassermann positive.

23 avril. — 1^{re} injection de vaccin. Elévation thermique à 40°.

24 avril. — La température se maintient à 39°.

26 avril. — La température revient à la normale.

29 avril. — Nouvelle injection. Elévation thermique passagère à 39°8.

4^e mai. — 3^e injection. Elévation thermique à 39°.

Sous l'influence du traitement, guérison complète du bubon ; aucune modification du chancre. On institue un traitement par le novarsénobenzol.

OBSERVATION XVII

Chancre compliqué de bubon.

Guérison à la suite d'une seule injection de vaccin.

Georges H..., 21 ans. — Entré dans le service le 7 mai 1926.

Présenté à son entrée un bubon inguinal droit ; à gauche une polyadénite non douloureuse sans périadénite ; un chancre en voie de réparation au niveau du sillon balano-préputial peu douloureux, non surélevé, non induré.

Le bubon s'est développé 4 jours après le chancre.

10 mai. — Injection de vaccin. Elévation thermique à 39°.

11 mai. — La température se maintient toute la journée à 39° et ne revient à 37° que le 12 au soir.

13 mai. — Le malade sort de l'hôpital. Guérison du bubon.

OBSERVATION XVIII

Infiltration ganglionnaire bilatérale

guérie par deux injections de vaccin.

Lucien B..., 18 ans. — Entré dans le service le 27 mai 1926.

Présente à son entrée trois chancres nains apparus trois semaines auparavant, et une adénopathie bilatérale douloureuse ; inflammation avec tuméfaction de la grosseur d'une noix, surtout marqué du côté gauche.

1^{er} juin. — 1^{re} injection. Elévation thermique à 39°6.

La température n'atteint 37° que le 3 mai au matin.

7 mai. — 2^e injection de vaccin. Elévation thermique à 39°8.

9 mai. — Le malade sort du service complètement guéri de son adénopathie. Pas d'amélioration notable au niveau du chancre.

OBSERVATION XIX

*Bubon gauche complètement guéri
à la suite d'une seule injection de vaccin*

Mohamed M..., 30 ans. — Entré dans le service le 31 mai 1926.
Présente à son entrée un bubon gauche douloureux, tendu, sans fluctuation.

On retrouve sur le fourreau de la verge une cicatrice blanche, non indurée, reste d'une ulcération qui vient de se cicatriser, au dire du malade.

25 mai. — Injection de vaccin. Réaction thermique extrêmement violente 41° avec frissons et sueurs.

26 mai. — Chute thermique à 39° au matin; 38°2 le soir.

27 mai. — Température le matin 37°9, le soir 37°.

A la suite de cette seule injection s'étant accompagnée de shock extrêmement marqué, on constate un affaissement total de la tuméfaction apparue dès le lendemain; pas de reproduction de la tumeur; le malade sort complètement guéri.

CONCLUSIONS

I

La meilleure méthode de traitement des chancres mous compliqués de bubons semble être, à l'heure actuelle, les injections intra-veineuses de vaccin antistreptobacillaire à doses progressives.

II

Les résultats seront d'autant plus heureux que le traitement sera institué plus précocément.

III

C'est sur l'infiltration ganglionnaire et périganglionnaire qu'agit surtout le traitement.

L'action sur le chancre est moins nette et plus inconstante.

IV

En cas de bubon suppuré, on peut être amené après injection de vaccin à pratiquer la ponction du bubon, mais dans ce cas, le liquide retiré présente des modifications notables.

C'est un liquide qui prend rapidement un aspect séreux et a peu de tendance à se reproduire.

V

Les résultats seront moins heureux en cas de bubon depuis longtemps fistulisé.

Il faut dans ce cas adjoindre au traitement général un traitement local (iodoforme, etc...)

VI

Il est difficile de faire la part de l'action spécifique du vaccin et la part du shock dans les modifications observées.

VU :

Le Doyen,
ROGER.

Le Président de la Thèse,
E. JANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

Pour le Recteur,

L'Inspecteur de l'Académie,

MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- CANAL. — Thèse de Paris 1925.
- CONSEIL. — Archives de l'Institut Pasteur de Tunis (Oct. 1926).
- CRUVEILHIER. — Compte rendu de la Société de Biologie (25 février 1922). — *Annales de Dermatologie* (1924).
- DUBRAUL et BROUSTET. — *Annales de Dermatologie* (Oct. 1924). — *Annales de Dermatologie* (Oct. 1925).
- FALCOZ. — Thèse de Paris, 1925.
- FAY et GAAL. — Traitement du bubon chancrelleux. — Recherches sur le mode d'action du traitement. (*Dermat. Zeitschr.*, 1924).
- FOURNIER et LONJUMEAU. — Traitement du bubon chancrelleux par injection intraganglionnaire du vaccin polymicrobien. (*Gazette des Hôpitaux*, 16 juillet 1925.)
- FREI. — Bemerkenswerter therap. Erfolg mit Streptobazillenvaccine bei einem Fall von Ulcus serpiginosum Sches. Derm. Ges. Breslau Sitzg 18 XI, 1922. Ref. Zbl. f. Haut. u. Geschlechtskrankh., 1923, Bd 7. p. 307.
- GARRIGA. — Vaccinothérapie du bubon vénérien et du chancre simple (*Paris Médical*, 14 mars 1925).
- GAYET. — *Presse Médicale*, 25 février 1925.
- GOBERT et JANIN. — Archives de l'Institut Pasteur de Tunis. Tome XIII, 1924, N^{os} 3 et 4.
- GOUGEROT et BLUM. — Bubon aigu chancrelleux (*Annales des Maladies vénériennes*, avril 1923).
- HABABOU SALA. — Recherches sur le streptobacille de Ducrey (Communication du professeur Pautrier à la Société française de Dermatologie, 14 mai 1925).
- HUDELO-DUHAMEL-DROUINEAU. — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux (24 décembre 1925). — *Journal des Praticiens*, 6 mars 1926.

- HURITA. — *Bull. of. naval medis. association of Japan*, 4 avril 1919.
- JANIN. — *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* (Oct. 1924).
- JAUSION et DROT. — Communication à la Société de Dermatologie, 2 avril 1925.
- JUVIN. — *Lyon-Médical*, 10 janvier 1922.
- ITO (TETSUTA). — *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1913. Bd. 116. p. 341.
- LEBEUF. — *Lyon-Médical*, 30 juin 1913.
- LORTAT-JACOB et H. LE RASLE. — Différentes méthodes de traitement des bubon chancrelleux (*Monde Médical*, 15 juillet 1926).
- LORTAT-JACOB et POMMEAU-DELILLE. — Vaccination du chancre mou (*Paris-Médical*, 26 juin 1926).
- MANDEL. — Compte rendu de la Société de Dermatologie, 8 mars 1925.
- NICOLAS et LEBŒUF. — *Lyon-Médical*, 23 juin 1923.
- NICOLAS et LACASSAGNE. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1925.
- NICOLAS et LEBŒUF. — *Lyon-Médical*, 23 juin 1923.
- NICOLLE. — Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications. (*Presse Médicale*, N° 1033, et *Bulletin Médical*, N° 2, 1925). — Traitement des infections à bacille de Ducrey par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle (Communication à la Société Médicale des Hôpitaux, 18 décembre 1925). — Traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle (Société de Dermatologie, 2 avril 1925).
- NICOLLE et DURAND. — *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, octobre 1924. Tome XIII, N° 4, p. 243.
- PONTOIZEAU. — Compte rendu de la séance de la Société de Médecine (*Courrier Médical*, 18 novembre 1923).
- RAMERY. — *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1924.
- RAVAUT. — Société de Dermatologie, 2 avril 1925.
- REENSTIERNA. — Sérum contre le chancre mou (Compte rendu biologie, 5 nov., 1921, p. 830). — Essais de vaccination préventive (*Archives Institut Pasteur Tunis*, 1923, N° 2, n° 249). — Recherches sur le bacille de Ducrey (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1923, N° 3, p. 273).

RIVALIER. — Thèse de Paris, 1924 (Arnette, éditeur). — Recherches récentes sur l'infection chancreuse (*Revue française de Dermatologie et de Vénérologie*, N° 1, janvier 1925.)

SAUVEZ. — Thèse de Lyon, 1921-1922.

SIMON. — Compte rendu de la Société de Dermatologie, 13 février 1926.

STUMPKL. — Deutsche medizinische Wochenschriften, 3 nov. 1921.
— *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1922, Bd. 139, p. 304.

VEM SALUTZ et KONIGSBERG. — L'autohémothérapie dans quelques affections cutanées et vénériennes. (*Dermat. Wochenschr.* N° 1, 20 déc. 1924).

